

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 144.

Contribution à l'étude du Traitement chirurgical
dans les

Présentations de l'épaule négligées

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Mars 1933

PAR

Jacques-Léon LARRET

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à CHAMPAGNOLLES (Charente-Inférieure), le 8 août 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur	Juges.
		PERY, agrégé.	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 144.

Contribution à l'étude du Traitement chirurgical
dans les

Présentations de l'épaule négligées

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Mars 1933

PAR

Jacques-Léon LARRET

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à CHAMPAGNOLLES (Charente-Inférieure), le 8 août 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur	Juges.
		PERY, agrégé.	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHE, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CHUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection et de ma bien vive reconnaissance.

A MON FRERE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE ET PARRAIN PAUL BOISSON

Enseigne de vaisseau.

MORT POUR LA FRANCE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY

*Accoucheur des hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Accoucheur des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

La thèse que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui nous a été inspirée par M. le Professeur Péry. Qu'il nous soit permis dès le début de ce travail de le remercier des bonnes leçons qu'il nous a données durant le temps trop court que nous avons passé dans son service. Nous lui sommes tout particulièrement reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait et de l'amabilité qu'il nous a témoignée en nous confiant la rédaction de ce travail.

Nous tenons aussi, avant d'aborder notre sujet, à adresser nos remerciements à M. Villemin, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui, pendant toute la durée de nos études médicales, nous a guidé de ses sages conseils, et à tous ceux qui furent nos maîtres dans les Hôpitaux : en médecine, M. le Professeur Duperié et M. le Docteur Bousquet; en chirurgie, M. le Professeur Rocher et MM. les Docteurs Charbonnel et Lefèvre; dans les services de spécialités, M. le Professeur Portmann, pour l'oto-rhinolaryngologie, et M. le Docteur Pesme pour l'ophtalmologie.

Enfin, nous prions M. le Professeur Andérodias de bien vouloir agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

Contribution à l'étude du Traitement chirurgical

dans les

Présentations de l'épaule négligées

INTRODUCTION

Pendant la durée de notre stage à la Maternité de Bordeaux, à différentes reprises, nous avons été à même d'observer plusieurs cas de présentation de l'épaule. Nous avons constaté que l'extraction du fœtus, toujours difficile en pareil cas, pouvait s'effectuer de deux façons :

- 1° par les voies naturelles après version ou embryotomie;
- 2° par voie abdominale.

Seul ce chapitre ayant trait à la chirurgie nous retiendra. Après en avoir étudié les indications générales, nous verrons que le traitement chirurgical peut être ou bien conservateur ou bien mutilant. Nous parlerons surtout des opérations qui conservent l'utérus à la mère : les différentes césariennes haute et basse, ainsi que le procédé d'extériorisation temporaire de l'utérus de M. le Docteur Portes; enfin, après avoir discuté les indications de l'hystérectomie, nous recherche-

rons dans quel cas chacune de ces méthodes doit être employée de préférence à une autre.

Cette étude rapide sera suivie de quelques observations, que nous avons recueillies dans le service de notre maître M. le Professeur Péry, ou qui nous ont été aimablement communiquées par M. le Professeur Andérodias.

INDICATIONS GÉNÉRALES

On dit qu'il y a présentation de l'épaule négligée quand la poche des eaux est rompue depuis plus ou moins longtemps, quand il s'est écoulé une plus ou moins grande quantité de liquide amniotique et quand, enfin, le moignon de l'épaule est plus ou moins engagé et paraît difficile à remonter.

Le traitement de choix dans une épaule négligée — comme l'a démontré Morel (1) — est la version podalique. Malheureusement, celle-ci n'est pas toujours possible « quand l'épaule et la partie correspondante sont assez profondément et assez immuablement engagées pour empêcher l'introduction de la main et quand l'utérus est étroitement rétracté sur le corps fœtal ».

Si l'enfant est mort, enfin, on n'hésitera pas à pratiquer une embryotomie ou une éviscération, qui nous permettront, elles aussi, une expulsion du fœtus par les voies naturelles.

Mais ces manœuvres peuvent sembler impossibles ou dangereuses pour la mère; pour ne pas tarder et pour ne pas laisser à l'infection le temps de s'installer, il faut intervenir.

Le traitement chirurgical semble donc s'imposer dans différents cas :

1° IMPOSSIBILITÉ D'ACCOMPLIR L'ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES. — Cette impossibilité, comme nous venons de le voir, suffit à poser l'indication d'intervention chirurgicale.

Nous chercherons ici à empêcher l'apparition de deux com-

(1) *Bourgogne médicale*, mars 1929.

plications fréquentes et redoutables d'une épaule négligée : la rupture utérine et l'infection. Si l'enfant est vivant, l'obligation devient absolue, car « les opérations chirurgicales ont dégagé l'obstétrique de son antique système, de façon à obtenir que la vieille formule de l'époque la plus reculée : « uniquement la mère », se changeât en celle de : « d'abord la mère, puis l'enfant », pour affirmer actuellement, avec un caractère plus précis encore : « non seulement la mère, mais aussi l'enfant » (1).

2° MENACE DE RUPTURE UTÉRINE. — La tête est resserrée par l'anneau de Bandl, l'utérus est tellement contracté que la tête est parfois remontée jusque dans l'hypocondre. Il en résulte une élongation et un amincissement du segment inférieur, qui rendent dangereuse toute tentative de version ou d'embryotomie, ce qui nous ramène au cas précédent. Mais parfois ces manœuvres ont été pratiquées, la rupture est diagnostiquée. Malgré ce Denmann prétend que « la malade avait plus de chances de guérir en l'abandonnant au seul effort de la nature que par une opération ou une intervention », et malgré que Ricard et Baussillon publient en 1929 une rupture utérine compliquant une épaule négligée guérie spontanément en quinze jours (2), il est admis à l'heure actuelle qu'il faut opérer : les statistiques de Varnier (3) et Ivanoff (4) en font foi. Différentes techniques ont été employées : suture simple ou hystérectomie totale et subtotale. Chacune a ses indications et ses partisans. Nous verrons ultérieurement celle qui semble devoir être employée dans les épaules négligées.

3° RÉSISTANCE DU COL A LA DILATATION. — Soit pour sclérose (obs. IX) et *a priori* pour cancer du col. On pourrait essayer la dilatation manuelle ou par ballon : celle-ci peut échouer,

(1) RAMOS, Soc. obst. et gyn., Paris, in *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn.*, 1926, p. 173.

(2) Soc. obst. et gyn., Lyon, in *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, 1929.

(3) Congrès de Nantes, 1903.

(4) *Ann. gyn. et obst.*, 1903.

et souvent, comme il s'agit d'épaule négligée, le fœtus souffre, et toute perte de temps nous ferait obtenir un enfant mort.

4° COMMENCEMENT D'INFECTION. — Nous sommes ici en présence d'une grosse complication des présentations de l'épaule négligées : la poche des eaux est rompue depuis un certain temps et la femme a subi différents touchers ou tentatives de version et d'embryotomie. Dans certains cas, l'infection est manifeste : température élevée, pouls rapide, pertes fétides, et comme souvent il s'agit d'une grande multipare (obs. VII), selon l'avis même de M. le Professeur Péry il ne faut pas hésiter à sacrifier un utérus infecté, qui peut être l'origine d'une péritonite ou d'une septicémie. D'autres fois, les signes sont moins nets. Devons-nous établir un traitement conservateur ou enlever cet utérus que nous présumons infecté? Quelle est l'opération que nous allons employer? C'est une question qui n'est pas encore résolue d'une façon définitive et que nous allons chercher à préciser dans les chapitres suivants.

5° PROCIDENCE DU CORDON. — La présentation latérale s'accompagne fréquemment de procidence du cordon, parce que la partie fœtale ne s'accommode guère aux diamètres du détroit supérieur et parce que l'ombilic du fœtus est en outre plus voisin de l'orifice utérin. On essaiera naturellement la version podalique, mais souvent, pour sauver l'enfant, on sera obligé d'intervenir par voie haute, même si le cordon est non pulsant, car MM. le Professeur Pachon et le Docteur Balard ont démontré qu'un fœtus peut survivre un certain temps à une auscultation négative. Kreis cite ainsi deux césariennes basses pour procidence du cordon et épaule négligée, après tentative de version, ayant donné deux enfants vivants (1).

6° RAISONS D'ORDRE EXTRINSÈQUE. — Nous voulons parler ici des complications survenant dans une présentation de l'épaule

(1) Soc. obst. et gyn., Strasbourg, in *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, 1930, p. 681

(elles en sont parfois la cause) et imposant par elles-mêmes l'idée d'intervention, soit qu'elles deviennent un obstacle à l'accouchement (bassin rétréci, tumeur prœvia), soit que par leur extension elles mettent la vie de la mère en danger (cancer du col). Mentionnons tout particulièrement le placenta prœvia, où seule la voie haute est le traitement de choix, puisqu'ici la rupture de la poche des eaux, si elle arrête l'hémorragie, est contre-indiquée dans une présentation transversale (1).

On le voit, les raisons qui semblent commander l'intervention semblent être fréquentes; en réalité, nous devons simplement retenir : la rupture vagino-segmentaire, l'infection manifeste et la version contre-indiquée ou impossible avec enfant vivant (Reeb) (2).

C'est pour cela que nous relevons seulement à Bordeaux, de 1919 à 1931, à la Clinique d'accouchements, quatre voies hautes pour 66 présentations de l'épaule, et à la Maternité de Pellegrin trois pour 57 présentations de l'épaule, ce qui fait une moyenne de 5,6 p. 100.

Nous remarquons, en outre, que ces opérations sont surtout fréquentes depuis 1927 (3 dans chacun des hôpitaux précités). Y aurait-il là un rapport avec l'avènement de la césarienne basse?

Ce traitement chirurgical peut être mutilant ou conservateur. Avant de savoir quel est celui à qui le chirurgien doit donner la préférence, voyons d'abord les indications et les contre-indications de chacune des techniques que nous pourrions employer; nous en discuterons la valeur, et, comme conclusions, nous verrons les cas où tout le monde est d'accord pour faire une hystérectomie ou pour conserver un utérus; et, enfin, nous chercherons à avoir une idée sur le traitement de choix dans les cas douteux.

(1) Houel et Jahier, Soc. obst. et gyn. d'Alger, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1929, p. 615.

(2) *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, août 1931, p. 417.

I

TRAITEMENT CONSERVATEUR

Nous voulons parler ici des opérations césariennes. L'opération césarienne classique et la césarienne basse ou supra-symphysaire se partagent les faveurs des chirurgiens à l'heure actuelle. A ces deux opérations, qui sont les plus fréquentes, nous ajouterons l'extériorisation temporaire de l'utérus, selon le procédé de M. le Docteur Portes.

« L'indication la plus fréquente, ou la moins rare, de la césarienne dans la présentation de l'épaule paraît avoir été jusqu'ici la rétraction ou la contracture excessives de l'utérus, rendant impossible ou dangereuse la version ou l'embryotomie rachidienné. » (Guéniot) (1).

Comme nous disions précédemment, si l'enfant est vivant, la césarienne est indiquée du moment que la version est impossible (Duvillier et Beghin, Devraigne); elle est aussi à pratiquer sur un fœtus mort dans l'intérêt de la mère si l'embryotomie est impossible.

Mais quand il y a infection manifeste, elle doit céder le pas à l'hystérectomie, ou bien, selon Guéniot, on peut commencer par un traitement conservateur, opération de Portes, par exemple, que l'on complèterait d'une hystérectomie si l'infection devenait trop menaçante. Dans les cas douteux, la césarienne basse, l'opération de Portes ou l'hystérectomie ont chacune leurs partisans.

(1) *Rev. franç. de gyn. et obst.*, mai 1927.

Cependant, une idée générale semble dominer les indications générales de la césarienne dans les présentations de l'épaule : celle-ci ne s'offre non plus avec le même caractère d'urgence immédiate, mais comme opération de choix, permettant de sauvegarder les intérêts de la mère et de l'enfant avec plus de sécurité que l'expectative et les interventions qu'on aurait à mettre en œuvre dans un délai plus ou moins long.

A. — Césarienne corporéale.

La césarienne corporéale est certainement la plus ancienne opération de l'obstétrique, puisque la légende veut qu'Esculape, le père de la médecine, naquit ainsi.

Mais dans la littérature, la première observation d'une césarienne haute pour présentation de l'épaule négligée que nous ayons pu relever, date de 1884. Nous en publions d'ailleurs le résumé (obs. VIII), car la mère guérit malgré les conditions défectueuses dans lesquelles elle fut opérée. Ensuite, nous relevons les noms de Boquel, Le Lorier, Lepage, qui intervenaient même avec une température élevée, tandis que les grands promoteurs de cette technique : Bar, puis Couvelaire, la réservaient aux « cas purs ». En 1908, Segond et Pinard font une césarienne suivie d'hystérectomie pour menace de rupture utérine dans une épaule négligée.

Puis viennent des publications de Fabre et Bourret en 1914 (épaule compliquée d'une procidence du cordon), de Lantuéjoul en 1923, de Henri Petit (de Château-Thierry), en 1924.

Enfin, ces dernières années, des thèses, mettant en relief la valeur de la césarienne dans les présentations de l'épaule, sont soutenues à Paris : Naudière, 1926; Vinot, 1930.

La technique de la césarienne corporéale est actuellement au point. Nous n'en parlerons que brièvement, et avec le Docteur Vinot nous la diviserons en six temps :

1° Incision de la paroi après anesthésie : nous ferons de

préférence une anesthésie intrarachidienne pour éviter les risques d'hémorragie. Mais il faut se rappeler que bien souvent ce n'est qu'après tentatives de version ou d'embryotomie que l'on décide la césarienne; or, ces manœuvres se font sous anesthésie générale; nous n'irons donc pas réveiller la malade pour faire une injection intrarachidienne et nous profiterons du sommeil dû au chloroforme ou à l'éther.

2° Préparation de l'utérus, pour éviter que le champ opératoire ne soit souillé par le liquide amniotique au moment de l'ouverture de l'œuf.

3° Incision de l'utérus et extraction du fœtus.

4° Extraction de l'arrière-faix et lavage iodé de la cavité utérine.

5° Suture de l'utérus après avoir changé de gants, enlevé les champs souillés et nettoyé les bords de la plaie. Zarrate, en prenant ces précautions, a opéré des cas douteux, et il cite à l'appui une opération d'épaule négligée suivie de guérison (1). Cette suture utérine doit être exécutée très soigneusement. Elle se fait en deux plans : un plan profond à points séparés, et un plan superficiel, qui peut être en points séparés, ou bien en huit (Vauvert, Ribemont, Dessaigne), ou bien en surjet (Wallich). Macias de Torres, en plus, décolle la séreuse sur les deux côtés de l'incision, de façon à pouvoir faire par-dessus la dernière suture musculaire un surjet séro-séreux de péritonisation.

6° Suture de la paroi en trois plans, après mise en place d'un Mikulicz ou d'un drain.

« Le drainage est indispensable dans les césariennes tardives avec rupture prématurée des membranes, début d'infection, travail avancé. » (Fournier, d'Amiens.)

Cette technique semble actuellement au point, et nous avons pu trouver de nombreux cas de guérison; malgré cela, des complications parfois mortelles peuvent survenir.

(1) *Arch. mens. d'obst. et gyn.*, août 1914.

Citons rapidement celles qui sont les moins fréquentes :

- 1^o *l'occlusion intestinale* par adhérences épiploïques;
- 2^o *la désunion de la plaie utérine* survenant du deuxième au huitième jour et entraînant comme conséquence une hémorragie mortelle ou bien une péritonite (Docteur Petit, de Niort) ⁽¹⁾,

pour arriver aux deux complications les plus redoutables : l'hémorragie et l'infection.

L'hémorragie est beaucoup moins fréquente depuis que l'on emploie l'anesthésie rachidienne de préférence à l'anesthésie générale. Conséquence immédiate de l'inertie utérine, elle-même secondaire à la longueur du travail, l'hémorragie peut être très rapide et entraîner la mort. Pour l'empêcher, Litzmann, de Kiel, mettaient un lien autour du col, pratique dangereuse qui n'empêchait rien. Actuellement, on sait que l'hémorragie s'arrête souvent dès que la suture utérine est terminée; donc, sans perdre une minute à tamponner vainement la plaie, on refermera rapidement l'utérus. Si, malgré cela et les traitements usuels, l'écoulement sanguin persiste, nous n'hésiterons pas à pratiquer une hystérectomie.

La péritonite est la complication qui cause le plus de dégâts dans les césariennes tardives, et c'est d'ailleurs contre elle que le chirurgien perfectionne chaque jour sa technique et son mode opératoire.

Rappelons-nous que dans une présentation de l'épaule négligée, la malade a rompu sa poche des eaux depuis un certain temps, a subi divers touchers et diverses tentatives de version et d'embryotomie. Elle est, par conséquent, plus ou moins suspecte d'infection. En outre, très fréquemment, cette femme, vue très tard par son médecin, vient de l'extérieur et a dû effectuer, avant d'être amenée sur les lieux de

(1) Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, in *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, n° 1, janv. 1923.

l'opération, un déplacement fatigant. Tout ceci nous explique que sur ce terrain surmené, l'infection trouvera toutes les conditions favorables pour se développer.

La péritonite peut être primitive ou secondaire.

La péritonite primitive est celle qui est produite par le contact direct du péritoine et du liquide amniotique septique. Les précautions opératoires citées précédemment : champ opératoire vaste, changement de gants et d'instruments, permettent d'éviter la péritonite dite primitive.

L'infection secondaire est due à la propagation des germes virulents au péritoine à travers la suture de la brèche utérine. Cette brèche est située haut dans l'abdomen, sur la face antérieure de l'utérus, qui, doué d'une grande mobilité grâce à l'allongement de ses ligaments surdistendus par la grossesse, peut subir des déplacements latéraux et antéro-postérieurs qui favorisent, par suite du changement de contact, la péritonite, si la plaie laisse filtrer un exsudat septique. Et, souvent, cette plaie, par suite des alternatives de contraction et de relâchement de l'utérus, peut ne plus opposer une barrière hermétique aux lochies septiques.

Pour éviter ces complications infectieuses, on a modifié les techniques opératoires, et, comme le Docteur Engelhard, nous les diviserons en trois groupes :

1° Suture péritonéale de recouvrement, puisque l'occlusion séreuse se fait très vite, appliquée par Fabre, Le Lorier, Zarrate, Rivière et Lacouture;

2° Recouvrement de la suture par l'épiploon;

3° Protection par Mikulicz, préconisée par J.-L. Faure.

Chauvenet, d'ailleurs, en rapporte un cas heureux chez une primipare nettement infectée, avec une température de 39°8 et un pouls à 130 (1).

Ces modifications ont aussi, malheureusement, des inconvénients : les deux premières peuvent entraîner des occlusions intestinales par adhérences et réaction péritonéale;

(1) Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, in *Bull. obst. et gyn.*, 1929, p. 490.

quant au Mikulicz, nettement efficace après certaines interventions abdominales, il offre, après une césarienne, des échecs qu'Engelhard explique ainsi :

« 1° On applique le sac et le méchage sur la face antérieure de l'utérus, au milieu de l'abdomen, c'est-à-dire sur un organe mobile qui se dérobe. L'isolement de la suture est donc précaire, et, de plus, de chaque côté, les anses intestinales mobiles présentent entre elles des interstices dans lesquels les liquides septiques s'infiltrent facilement. » (Le Docteur Balard n'applique pas de Mikulicz dans une césarienne haute pour le même motif.) (1).

« 2° Il n'existe pas de plan résistant, comme dans le petit bassin, permettant le blocage de la région.

» 3° Le péritoine de la partie haute de l'abdomen est des plus sensibles à l'infection; il réagit plus mal et plus lentement que le péritoine du petit bassin. »

Pour Dervaux, le Mikulicz ne répond qu'à demi à ce qu'on attend de lui (2), et pour Guéniot, s'il semble efficace, il a le grave inconvénient de laisser, par la suite, un utérus adhérent, aminci, qui peut se rompre dans une grossesse ultérieure (3).

Après avoir vu rapidement la technique et les complications de la césarienne corporéale, cherchons à tirer des conclusions sur l'emploi de cette opération dans les présentations de l'épaule négligées.

Nous avons constaté que, hémorragie mise à part, le grand danger de la césarienne haute était la péritonite et surtout la péritonite dite secondaire, c'est-à-dire celle qui gagne l'abdomen une fois l'utérus suturé et mis en place; nous avons aussi constaté que, malgré les perfectionnements apportés, cette complication demeurerait toujours redoutable. « Or, l'asepsie du tractus génital est absolument incertaine

(1) Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, 1929.

(2) Soc. obst. et gyn. de Lille, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1927, p. 143.

(3) Soc. obst. et gyn. de Paris, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1926, p. 43.

chez une femme en travail » (Engelhard). Mais si cette femme a déjà subi différentes tentatives de version ou même simplement différents touchers en clientèle, on peut dire que le microbe est dans la place. Ceci est si exact que les auteurs ne sont pas d'accord sur le moment où une femme est suspecte d'infection : la température élevée et le pouls rapide confirment simplement que cette femme a été souillée quelques heures... ou quelques jours auparavant.

Pouvons-nous, par conséquent, pratiquer sans danger une césarienne haute sur cette malade ?

Cette question, gravement discutée entre Bar, Boquel, Doleris, Le Lorier, depuis environ 1900, semble à l'heure actuelle solutionnée par l'apparition de nouvelles interventions dont nous parlerons plus bas.

Bien que Boquel, Le Lorier, Wagner et Munro-Kerr opèrent avec une température élevée, bien que Lemoussu ne reconnaisse comme contre-indication « que l'infection nette avec grosse élévation de température et fétidité du liquide » (1), et bien que nous publions à l'appui de cette thèse l'observation VIII, nous rejeterons pour une femme suspecte la césarienne haute, puisque cette opération ne nous préserve pas de l'infection, tandis que d'autres techniques plus récentes nous permettront de sauver la mère.

Cependant, malgré les signes d'une infection manifeste avec température élevée, pouls rapide, nous pourrions pratiquer une césarienne haute, si nous la complétons d'une hystérectomie (Professeurs Péry, Andérodias, Faugère) (2). Nous la pratiquerons dans le but d'aller vite (la supra-symphysaire, nous le verrons par la suite, étant d'une technique plus délicate), soit pour sauver un enfant vivant, soit pour rupture utérine avec shock, soit pour hémorragie. La péritonite ici ne sera plus à redouter, nous avons vu que nous pouvons éviter l'infection primitive; quant à l'infection

(1) Thèse Paris, 1907-1908.

(2) Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1929.

secondaire, elle ne peut plus se déclarer une fois l'utérus enlevé.

Cette exception mise à part, nous suivrons l'opinion de Bar et de Couvelaire, qui réservent cette opération à un milieu aseptique et à une femme non infectée. Comme Bar, nous dirons : « A la vieille césarienne ne conviennent que les cas purs.

» Ce n'est pas dans le perfectionnement de la technique qu'il faut rechercher l'amélioration du pronostic, mais dans un autre mode d'intervention. »

Cet autre mode d'intervention, nous allons l'étudier avec la césarienne supra-symphysaire.

B. — Césarienne supra-symphysaire.

L'infection et l'hémorragie étaient les principaux accidents des suites de la césarienne classique. Le second accident est devenu plus rare, mais le premier : l'infection, est demeuré. C'est pour lutter contre un tel état de choses qu'est née la césarienne sur le segment inférieur.

Franck, le premier en Europe, attira l'attention sur ce procédé au Congrès de Lisbonne en 1906. Son but était, en se tenant en dehors de la cavité péritonéale :

- 1° d'éviter l'infection du péritoine;
- 2° d'exécuter la césarienne à n'importe quel moment du travail.

En 1908, Selheim opérait deux cas sans ouvrir la grande cavité, mais il reconnaît que le procédé offrait de grandes difficultés, et, dans les cas infectés, il abouchait la brèche du segment inférieur à l'ouverture de la paroi abdominale (fistule de Selheim).

En 1912, les thèses de Nouvian et Klein à Paris et à Lyon celle de Delrieu apportent des statistiques décourageantes pour les cas notoirement infectés.

C'est vers cette époque que nous relevons les publications

de Kustner (1915), Hermann (1917), Hintertoisser (1918), Weymeersch et Henrotay.

En 1921, de Lee et Beeck, au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, rapportent des statistiques beaucoup plus encourageantes. La même année, Brindeau, Schickelé, préconisent cette opération.

De jour en jour, les détails opératoires s'améliorent, les indications s'élargissent, et, en 1926, Engelhard déclare que l'on doit être fixé sur la valeur de cette opération, et que l'on doit lui déterminer la place qu'elle doit occuper dans la chirurgie obstétricale.

Enfin, cette technique fut employée ces dernières années à Bordeaux par MM. les professeurs Péry, Andérodias, les docteurs Balard, Rivière et Mangé avec succès dans des présentations de l'épaule négligée (Obs. II et VI).

Il existe deux grands procédés, suivant que l'on passe en dedans ou à l'extérieur de la grande cavité péritonéale.

Signalons rapidement le procédé qui consiste à ne pas inciser le péritoine pariétal que l'on va décoller. Pour aider cette opération, on peut au préalable distendre la vessie (Selheim, première manière; Latzko, Doderlein) ou opérer la vessie vide (Freund); le décollement peut se faire de bas en haut (Freund, Selheim) ou latéralement (Latzko, Doderlein). On arrive ainsi sur le segment inférieur, que l'on incise. Incision longitudinale, soit médiane (Selheim, Freund), soit à gauche de celle-ci (Latzko), soit à droite (Doderlein). Arrivé dans l'utérus, on pratique l'extraction du fœtus et du placenta. Suture de l'utérus et de la paroi en drainant le tissu cellulaire pelvien.

Cette technique semble être parfaite pour le cas qui nous intéresse, car on n'entre pas ainsi dans le péritoine, mais cet immense avantage semble compensé par de réels dangers et accidents opératoires : déchirure du péritoine, qui nous fait perdre les avantages acquis; blessure d'un uretère, déchirure ou même gangrène de la vessie par section du pédicule vasculaire (Zweifel).

Aussi cette méthode semble-t-elle abandonnée pour la césarienne transpéritonéale « parce que l'expérience et les statistiques ont tranché les débats ».

Le procédé transpéritonéal, d'une technique plus facile que le précédent, est actuellement le seul employé par les accoucheurs.

1° Malade en position de Trendelenburg. Laparotomie médiane allant de la symphyse à l'ombilic.

2° Incision du cul-de-sac vésico-utérin, soit transversalement (Beck, Kroenig), soit longitudinalement (Hirst, Grimault). Par cette brèche, décollement du péritoine en haut jusqu'à sa zone d'adhérence, en bas jusqu'au pubis.

3° Incision verticale du segment inférieur, de façon à avoir un orifice permettant le passage de la main. Ce temps est assez important, car on risque de souiller la grande cavité, on y remédie en protégeant cette cavité, soit avec des champs, soit en extériorisant la plaie utérine (Couvelaire (1), Portes, Brindeau), soit en suturant ou en accolant avec des pinces le péritoine viscéral au péritoine pariétal (Grimault, Hirtz). Grimault (2) s'exprime d'ailleurs ainsi : « Dans les cas graves d'accouchements dystociques vus tardivement avec œufs ouverts et infectés, nous pensons que la technique que nous avons utilisée et qui consiste, après l'ouverture verticale du cul-de-sac péritonéal, à fermer la cavité péritonéale avant le temps septique, par suture entre eux des feuillets pariétaux et viscéraux du péritoine est susceptible d'augmenter très sérieusement les chances de succès de cette opération. »

4° Extraction fœtale et délivrance.

5° Suture utérine en deux plans. Le premier plan est à points séparés au catgut prenant toute l'épaisseur du muscle et de la muqueuse (Balard (3), Couvelaire), ou bien respec-

(1) *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, févr. 1923, p. 647.

(2) *Soc. obst. et gyn. de Nancy*, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1927, p. 498.

(3) *Soc. obst. et gyn. de Bordeaux*, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1923, p. 540.

tant cette muqueuse (Brindeau, Aubert); le deuxième plan est un surjet au catgut enfouissant le plan précédent.

6° Péritonisation en redingote de cette suture.

7° Suture de la paroi abdominale en trois plans, avec drainage par Mikulicz ou sans drainage (Brindeau).

Cette opération semble avoir réalisé des progrès considérables sur son aînée.

L'hémorragie persiste bien toujours, elle serait même peut-être plus sérieuse que précédemment, mais nous avons vu que les moyens pour la combattre ne manquaient pas : anesthésie rachidienne, suture rapide de l'utérus, injection d'ergotine, et même, s'il est nécessaire, hystérectomie.

Quant à l'infection, elle devient beaucoup plus rare, et si elle se déclare, d'après certains, elle serait plus facilement enrayée.

La péritonite primitive peut être évitée facilement, puisqu'on opère sans voir les intestins, en isolant le reste de la cavité péritonéale par des compresses ou par accolement du péritoine viscéral au péritoine pariétal.

La péritonite secondaire, du fait de la situation basse de la plaie utérine et du recouvrement péritonéal qu'on peut y adjoindre, est moins fréquente que dans l'opération de Bar.

La suture exacte des bords de la plaie est faite avec beaucoup plus de facilité que lorsque l'incision se trouve sur le corps utérin; il n'y a pas de brassage à ce niveau, par conséquent les chances de rupture sont moindres et les liquides septiques transsudent moins que lorsque les points sont tiraillés par les alternatives de contraction et de repos du muscle utérin. Malgré cela, si l'infection vient à gagner le petit bassin, elle se développe dans une région anatomique qui se défendra plus facilement : le péritoine pelvien réagit mieux que celui de la grande cavité, les adhérences se forment plus rapidement et isolent ainsi le foyer opératoire de la grande cavité.

Enfin, comme derniers avantages :

La femme, plus ou moins fatiguée par la longueur du travail, y est moins shockée que dans la césarienne haute, l'utérus n'est pas extériorisé, les anses intestinales ne sont pas manipulées et on n'offre aucune traction sur les mésos.

Enfin, si, par hasard, se posent les indications d'une hystérectomie (rupture utérine, hémorragie), celle-ci peut être effectuée en quelques instants. La laparotomie déjà faite est une laparotomie gynécologique, l'hystérectomie totale ou subtotale est déjà amorcée par le décollement de la vessie et du lambeau péritonéal antérieur (Aubert).

Pour ces différents motifs, dans une présentation de l'épaule négligée, la césarienne supra-symphysaire nous donnera plus de satisfactions que la césarienne corporéale. Nous avons rejeté celle-ci parce que l'asepsie du tractus génital ne pouvait exister chez une femme en travail, tripotée déjà à plusieurs reprises et dans des conditions plus ou moins favorables. Mais nous croyons que la césarienne basse pourrait être employée avec bénéfice dans les cas douteux, sans température élevée ni signes manifestes d'infection grave (Obs. VI).

Cependant, nous devons la rejeter d'une façon systématique lorsque le segment inférieur est vide (Guéniot) ⁽¹⁾. Le fœtus est transversal et remonté par la contracture de l'anneau de Bandl, de telle sorte que l'incision sur le segment inférieur vide serait dangereuse pour la mère et ne nous permettrait pas d'extraire le fœtus. Seule l'ouverture du corps utérin (opération de Portes ou césarienne haute suivie d'hystérectomie) nous donnera un enfant vivant sans menaces de complications infectieuses pour la mère.

Nous ne pensons pas que la césarienne basse soit l'opération de choix lorsque la malade est nettement infectée et lorsque l'ouverture de l'abdomen nous montre un utérus distendu par les gaz. Si l'on ne supprime pas cet organe rem-

(1) *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1927.

pli de liquides septiques, il est à redouter que la séreuse pelvienne ne soit secondairement atteinte, bien souvent avant d'avoir pu se défendre contre la virulence exagérée des agents microbiens. La péritonite se généralise rapidement et entraîne un pronostic fatal.

Certains auteurs déclarent bien que la suture utérine est étanche quelques heures seulement après l'intervention, et Schickel[®] aurait opéré les cas les plus impurs, mais nous croyons préférable, suivant nos maîtres de Bordeaux ⁽¹⁾, de la réserver aux cas tout au plus douteux.

Notre observation II et celle rapportée par MM. les docteurs Gautret et Mahon à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux ⁽²⁾ confirment cette idée. Nous ne devons pas perdre de vue les dangers du traitement conservateur, « dont les indications, bien qu'élargies par la césarienne basse, doivent cependant être maintenues dans des limites étroites. On a parfois de bons résultats avec une température à 39 degrés, mais la longueur du travail et les interventions répétées doivent imposer l'hystérectomie ou l'opération de Portes ».

C. — L'opération de Portes.

A l'heure actuelle, s'il est admis de tous que le grand danger dans les présentations de l'épaule négligées est l'infection et que cette infection constitue une circonstance très défavorable à la césarienne conservatrice classique, les opinions diffèrent quant au choix des procédés opératoires, auxquels on peut avoir recours pour résoudre le problème. Les uns, nous l'avons vu, préconisent la césarienne basse sur le segment inférieur par voie extra et surtout transpéritonéale; les autres, plus nombreux, considèrent la césarienne

(1) Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1927, p. 115.

(2) Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, 1930, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1930, p. 634.

suivie d'hystérectomie comme étant la méthode donnant le maximum de sécurité. Celle-ci réduit, en effet, le plus possible les risques d'infection, puisqu'en sacrifiant l'utérus elle supprime la possibilité d'une désunion de la cicatrice utérine, qui est cause de péritonite secondaire, danger fondamental de la césarienne conservatrice tardive.

La césarienne, suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus, a pour but de tenter de conserver cet organe en laissant la suture en dehors de la cavité abdominale. A ce titre, elle mérite de retenir l'attention.

Cette opération fut faite pour la première fois par M. Portes, le 14 décembre 1923, sur une femme dont l'enfant, en position céphalique, donnait des signes nets de souffrance. L'engagement ne s'effectuait pas, les membranes rompues permettaient de soupçonner l'infection de l'œuf. Aussi M. Portes se décida-t-il à employer un nouveau procédé opératoire. Après avoir pratiqué une laparotomie et extériorisé l'utérus conformément aux règles de la césarienne abdominale, il ferma la paroi à l'aide de fils métalliques en serrant de très près l'utérus par le dernier point. Il ouvrit alors la cavité utérine, et, après avoir extrait l'enfant et le placenta, il fit une suture qu'il recouvrit d'un surjet séro-séreux. Pansement à l'huile camphrée et à la bouillie lactique.

Au bout de quelques semaines, l'état de l'organe paraissant satisfaisant, M. Portes procéda à la réintégration de l'utérus dans l'abdomen. Suture de la paroi en trois plans. La femme se rétablit rapidement sans complications (1).

Cette méthode fut ensuite pratiquée par Couvelaire, Cleisz, Vaudescal, et en particulier il existe une publication de Portes en mai 1924 pour présentation de l'épaule où cette technique fut employée avec succès (2). Dans les mêmes circonstances et pour la même présentation, nous relevons une

(1) Soc. obst. et gyn. de Paris, 1924, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1924.

(2) Scemla, thèse Paris, 1925, p. 38.

observation de Guéniot en juin 1924 ⁽¹⁾, une observation de Risacher et Lafitte en 1925 ⁽²⁾ et une observation parue dans la *Semana medica de Buenos-Ayres* en 1924 ⁽³⁾.

Nous voyons, par conséquent, que l'opération de Portes peut être employée dans les présentations de l'épaule. Le docteur Portes lui-même, dans ses indications, dit :

« Dans les dystociés par présentation vicieuse de l'enfant, tel que le siège incliné, présentation de l'épaule, présentation du front, on peut être amené à pratiquer cette intervention. Dans un cas, nous avons pratiqué la césarienne avec extériorisation pour une présentation de l'épaule irréductible, avec rupture prématurée des membranes, alors que la mise en place d'un ballon intra-utérin n'avait amené aucune dilatation du fait d'une sclérose du col. » Nous publions d'ailleurs cette observation. Il ajoute aussi :

« Dans le cas où l'enfant est mort, on peut *a priori* être appelé à pratiquer la césarienne suivie d'extériorisation temporaire dans trois circonstances :

» 1° Quand l'extraction de l'enfant par voie basse est, sinon impossible, du moins dangereuse.

» 2° Quand on pense que toute manœuvre par voie basse est susceptible de provoquer une rupture utérine.

» 3° Dans le cas de putréfaction fœtale avec infection maternelle grave. Nous ignorons quels seraient les résultats de notre technique dans de tels cas, mais nous pensons *a priori* que l'hystérectomie restera alors l'ultime ressource. »

D'ailleurs, différents points ont été acquis qui en font une opération conservatrice intéressante :

1° La possibilité pour l'utérus et ses annexes de rester extériorisés de la cavité abdominale, sans danger, pendant plusieurs semaines.

2° L'absence de contamination du péritoine malgré les

(1) Soc. obst. et gyn. de Paris, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1924.

(2) Soc. obst. et gyn. de Paris, 1925, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1925, p. 644.

(3) *Semana medica de Buenos-Ayres*, n° 46, p. 1110, 13 nov. 1924.

infections sérieuses au cours desquelles l'opération a été tentée.

3° La parfaite perméabilité des trompes constatées au moment de la réintégration (Guéniot) ⁽¹⁾ et la conservation de la fonction ovarienne, comme en témoigne le retour des règles. D'ailleurs, si on trouve que les trompes sont trop infectées au moment de la réintégration, on peut faire une salpingectomie, conservant ainsi l'utérus et les ovaires (Juan Leon) ⁽²⁾. Nous ne voyons pas pourquoi il vaudrait mieux remplacer une hystérectomie par cette salpingectomie, du moment que la femme est toujours stérile.

4° Enfin, il est un point qui nous intéresse particulièrement et qui résulte de l'évolution de la cicatrice de l'hystérotomie pendant la période d'extériorisation.

Si l'infection a été modérée au moment de l'opération, on obtient en général une réunion par première intention de la suture utérine.

Si l'infection, au contraire, a été intense, on constate, au bout de quatre à cinq jours, une désunion de la cicatrice nécessitant une suture secondaire. Cette désunion montre tout le danger dans la césarienne conservatrice en pareil cas et met en relief l'indication majeure de la césarienne suivie d'extériorisation. Pour Guéniot, le fait de pouvoir surveiller la cicatrice a une importance capitale. C'est pour cela qu'il préférera dans un cas douteux une opération de Portes à une césarienne basse avec Mikulicz, car, avec un Mikulicz, on ne sait pas comment se fait la réparation, et on ne peut intervenir que tardivement si la suture a lâché.

Enfin, si cette infection, malgré le traitement employé, menace la vie de la mère, on aura toujours la possibilité de faire une hystérectomie secondaire (Potocki) ⁽³⁾, et dans ce

(1) Soc. obst. et gyn. de Paris, 1924, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1925, p. 644.

(2) Soc. obst. et gyn. de Buenos-Ayres, 1931, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1931, p. 684.

(3) Soc. obst. et gyn. de Paris, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1924, p. 176.

cas l'hystérectomie est en partie commencée et sera très facile (Risacher et Lafitte) ⁽¹⁾.

On le voit, le grand intérêt de l'opération de Portes est de conserver l'utérus dans des cas suspects où on hésiterait entre une césarienne basse et une hystérectomie.

Audebert et Galy-Gasparrou la réservent aux cas nettement impurs où il serait imprudent de laisser dans l'abdomen un utérus nettement infecté ⁽²⁾. Couvelaire ⁽³⁾ ne va pas si loin; il déclare qu'elle permet de sauver quelques utérus sans compromettre l'existence de la femme; pour lui, ce n'est pas une méthode d'élection mais de nécessité; et encore ne faudrait-il pas trop élargir ses indications pour Laffont et Houël, qui rapportent un décès secondaire à l'infection ⁽⁴⁾.

D'ailleurs, malgré les grands avantages qu'elle offre : surveillance facile de l'utérus, absence de communication entre la plaie utérine et la grande cavité, conservation de la fonction de reproduction, cette opération fut très critiquée, et on lui a adressé différents blâmes.

On s'est demandé si une femme ayant été opérée de cette façon pouvait ultérieurement avoir des enfants.

A l'heure actuelle, la question semble solutionnée en faveur de l'opération de Portes.

Mais il reste un reproche, et il semble le plus grave : cette opération se fait en deux temps et comme telle n'est pas facile en dehors du milieu hospitalier. Cela est vrai, et parfois il peut être très difficile sinon impossible de faire accepter une telle intervention à une femme et à son entourage. De ce fait, beaucoup d'auteurs voient en elle les dangers de deux interventions. Cependant, on ne trouve dans la littérature qu'un seul cas, publié par Vaudescal, où le deuxième temps a entraîné des complications très sérieuses.

C'est l'opinion de Brindeau, Guéniot, des médecins argen-

(1) Soc. obst. et gyn. de Paris, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1925, p. 644.

(2) Soc. obst. et gyn. de Toulouse, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1927, p. 578.

(3) *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn.*, 1928, p. 200.

(4) Soc. obst. et gyn. d'Alger, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1926, p. 475.

tins avec Ramos, Palacios-Costa ⁽¹⁾. Picard (de Lille) ⁽²⁾, Maurice Rivière ⁽³⁾, Guéniot, déclarent que l'on a reculé le danger sans l'écarter et que l'on hésite souvent à réintégrer dans l'abdomen un organe qui quelques jours encore auparavant suppurait beaucoup.

En résumé, il nous est assez difficile d'avoir une opinion exacte sur l'opération de Portes, que nous n'avons jamais vu pratiquer à la Maternité de Bordeaux. Ce que nous avons pu en lire n'a pas été pour nous éclairer; les uns en étant de grands partisans, les autres la rejetant d'une façon systématique.

Cependant, nous croyons que c'est une opération à prendre en considération chaque fois que l'hystérectomie ne s'imposera pas d'une façon absolue chez une femme jeune, ou désirant encore des enfants. Mais dans d'autres cas, avec infection manifeste, chez une grande multipare, suivant l'avis même de M. le Professeur Péry, nous n'hésiterons pas à faire intervenir l'hystérectomie.

(1) Soc. obst. et gyn. de Buenos-Ayres, 1931.

(2) Soc. obst. et gyn. de Lille, 1926, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1926, p. 585.

(3) Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, 1925, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1924, p. 364.

II

L'HYSTERECTOMIE

On ne fait plus l'opération de Porro, et nous la citons à titre purement documentaire. La cicatrisation est lente à obtenir par ce procédé. En l'employant, on s'expose à des suppurations très prolongées. Enfin, elle laisse des traces très inesthétiques.

Nous écartons les hystérectomies commandées par une infection secondaire à la présentation vicieuse que nous étudions et qui appartiennent au traitement de l'infection puerpérale.

Nous n'envisageons ici que l'hystérectomie employée comme premier moyen de traitement de la présentation de l'épaule négligée. Dans certains cas, son indication est formelle, mais il en est d'autres où on peut discuter son emploi.

A. — Cas dans lesquels l'hystérectomie s'impose formellement.

a) La rupture utérine, dans un cas de présentation de l'épaule négligée, ordonne absolument l'hystérectomie.

b) De même des hémorragies incoercibles survenant au cours d'une césarienne.

c) De même encore les cas dans lesquels l'infection due à la présentation vicieuse est très marquée : l'enfant est mort, l'utérus contient des gaz, la péritonite et la septicémie sont imminentes. Dans ces derniers cas, l'intervention de choix

est l'hystérectomie « en vase clos ». On lie les pédicules utérins et on procède à l'ablation de l'organe sans ouvrir l'œuf, puisque l'enfant est mort. Ainsi évite-t-on l'hémorragie et l'infection.

d) On trouve une autre indication formelle de l'hystérectomie dans les cas où la cause de la présentation vicieuse relève elle aussi de cette thérapeutique, ainsi lorsque l'utérus est le siège de processus néoplasiques ou fibromateux.

e) Enfin, il arrive que cette présentation se fasse chez une grande multipare, dont l'avenir obstétrical peut être négligé du fait de nombreuses grossesses antérieures. Là encore la pratique de l'hystérectomie ne souffre guère de discussion.

B. — Cas dans lesquels on peut discuter l'emploi de l'hystérectomie.

Par contre, il peut être délicat de recourir à ce procédé lorsque l'utérus infecté ne donne pas de réactions générales très marquées. On ne peut alors donner de règles générales. La décision du médecin devra être subordonnée à son pronostic.

Il en est de même lorsqu'on se trouve en présence d'une jeune femme qui désire conserver son utérus en prévision de grossesses ultérieures et dont l'état ne semble pas exiger l'intervention d'une façon impérative.

L'hystérectomie est une opération grave qui retentit sur toute la vie génitale de la femme. Il ne faut pas hésiter à la pratiquer lorsque la nécessité s'en impose nettement. Dans les autres cas, c'est la conscience du chirurgien qui devra en dicter l'emploi.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Maternité de Bordeaux, année 1927, n° 629.)

*Césarienne haute pour présentation de l'épaule suivie
d'hystérectomie subtotale.*

Il s'agit d'une III-pare dont les deux premières grossesses avaient été normales.

La malade entre en travail le 22 juillet 1927, à 50 kilomètres de Bordeaux. Rupture spontanée de la poche des eaux dans la soirée, les douleurs sont régulières et fortes, aussi la sage-femme attend-elle jusqu'au lendemain matin, 7 heures, où elle fait appeler un médecin pour procidence du bras. Celui-ci essaie vainement une version podalique, mais, n'y réussissant pas, il amène sa malade à la Maternité, où elle entre le 23, à 19 heures.

A l'entrée, on trouve un bras replié dans le vagin et la tête dans la fosse iliaque gauche. L'utérus est contracturé sur le fœtus en position transversale et cette contracture résiste au chloroforme et à 2 centigrammes de morphine. Auscultation négative.

On essaie de nouveau sans succès la version; il en est de même pour la tentative d'abaissement du cou en vue d'une embryotomie.

On décide l'intervention par voie haute. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane. Césarienne haute et extraction d'un enfant mort pesant 3 kg. 650. En raison de la menace d'infection (la température est à ce moment 37°6), le travail durant depuis plus de vingt-quatre heures et la malade ayant été examinée à

plusieurs reprises, on termine par une hystérectomie subtotala avec drainage au Mikulicz.

Suppuration abondante de la paroi les jours qui suivirent. Sortie guérie le 20 août.

OBSERVATION II.

(Maternité de Bordeaux, année 1934, n° 784.)

Présentation de l'épaule négligée. Opération césarienne basse. Bassin rétréci. Occlusion secondaire par adhérences intestinales. Laparotomie. Guérison.

IV-pare, âgée de 28 ans, née à Spézet (Finistère), et exerçant la profession de cuisinière.

Dans ses antécédents, nous ne relevons rien de particulier : toutes ses grossesses furent normales. Chaque fois, elle accoucha à terme : la première et la troisième fois, d'un garçon, la deuxième fois d'une fille. Les suites de couches furent toujours sans histoire.

Dernières règles du 13 au 17 mars 1931.

La malade entre dans le service le 19 novembre 1934. A l'entrée, l'examen nous montre un utérus contracté ayant résisté à 4 cc. de morphine et au chloroforme. Absence de liquide amniotique. Auscultation négative. Le toucher nous révèle l'existence d'un anneau de Bandl très net maintenant le cou très au-dessus du détroit supérieur et rendant cette partie fœtale inaccessible. Vu la difficulté que présentera une embryotomie, on décide l'intervention par voie abdominale.

Intervention. — Césarienne basse transpéritonéale. Présence de gaz dans l'utérus. Suture soigneuse du segment inférieur après extraction d'un enfant mort. L'épiploon étant trop court, on ne peut l'amener au-devant des anses intestinales. On laisse un drain de gros calibre avant de refermer le péritoine, que l'on enlèvera le troisième jour. On fait, en outre, 20 cc. de sérum antigangréneux

de l'Institut Pasteur et 10 cc. de septicémine, que l'on continuera pendant huit jours.

Suites opératoires. — Le deuxième jour, la malade a du hoquet, de la défense musculaire très marquée au niveau de la partie inférieure de l'abdomen. La tension est : Mx, 16; Mn, 7, avec 3 d'indice.

Le troisième jour, le hoquet disparaît, la défense musculaire s'atténue et l'état général semble s'améliorer.

Le cinquième jour, il se forme un abcès de la paroi, que l'on draine.

La température se maintient au-dessous de 37 degrés jusqu'au dix-huitième jour, où la malade commence à se plaindre de douleurs vagues dans l'abdomen, en même temps que le pouls s'accélère. L'après-midi, elle présente des signes nets d'occlusion (arrêt des matières et des gaz, ballonnement de l'abdomen, où l'on voit nettement se dessiner les anses intestinales dilatées, vomissements bilieux).

Le docteur Mangé opère la malade le soir même. Il libère tout d'abord une première anse du grêle adhérente à la paroi, puis la région iléo-cæcale et l'anse sigmoïde qui adhèrent à la cicatrice. L'utérus est lui-même adhérent, mais on n'y touche pas. On sépare les anses de la paroi par une mèche de gaze imbibée d'antivirus.

Le lendemain, la malade n'a pas encore rendu de gaz, l'état général paraît s'aggraver. Température, 38 degrés. Pouls, 140.

Le surlendemain, elle rend quelques gaz et évacue des matières à la suite d'un lavement huileux. Le facies est meilleur, la température et le pouls baissent. On enlève la mèche le cinquième jour; à ce moment, il y a un clocher de température qui se maintient les sixième, septième et huitième jours; elle redevient normale le neuvième jour et ne dépassera plus 37 degrés jusqu'au jour de la sortie, le 11 janvier 1932.

OBSERVATION III.

(Maternité de Bordeaux, année 1927, n° 380.)

Eclampsie et présentation de l'épaule négligée.

Embryotomie suivie d'hystérectomie. Mort.

Primipare âgée de 23 ans, entre en travail à Arcachon le 26 avril à 13 heures.

A 16 heures, elle a sa première crise d'éclampsie, puis les autres suivent respectivement à 19 heures, 21 h. 30, 22 heures, 24 heures, 1 heure et 2 h. 30. Malgré que l'on ait diagnostiqué une présentation du siège, le 27, à 10 heures du matin, un bras apparaît à la vulve.

On transporte immédiatement la malade à Bordeaux (60 km.), où elle arrive à 13 h. 50, au milieu de sa huitième crise d'éclampsie.

A l'examen, on remarque une procidence du bras droit; la tête est dans la fosse iliaque droite, le dos en arrière; l'utérus est contracturé de telle sorte que toute tentative de version paraît impossible. Bruits du cœur négatifs. La dilatation est à grande palmaire. L'analyse d'urine montre une quantité massive d'albumine. La tension artérielle est : Mx, 19; Mn, 13, avec 3 d'indice. Aussitôt, on fait une saignée de 500 cc., la tension au Pachon descend à : Mx, 10; Mn, 4. On essaie sans succès de multiples tentatives d'embryotomie. On arrive cependant à sectionner la colonne lombaire et à faire le dégagement du fœtus *conduplicato corpore*; le dégagement se fait tête dernière. Délivrance artificielle et revision utérine immédiate : la paroi paraît lésée en avant et le cathétérisme de la vessie ramène du sang.

En présence de ces signes, craignant une rupture utérine avec lésions vésicales, qui auraient pu être les conséquences des tentatives d'embryotomie, on fait une laparotomie immédiate. La vessie paraît intacte, mais, en revanche, il existe une grosse ecchymose à la partie postéro-inférieure de l'utérus, près de la

base du ligament large. On fait une hystérectomie subtotala, avec drainage par Mikulicz. Suture de la paroi en un plan. Pendant l'opération, la malade est restée dans un coma presque complet, les pupilles en myosis. Après l'intervention, le pouls est à 140, la tension à 11,5 de Mx, 7 de Mn et 1,5 d'indice.

Suites opératoires. — Le lendemain, la malade est toujours très fatiguée. La tension est 19-9 et $3/4$ d'indice.

Le surlendemain, l'état général s'aggrave avec tendance à la lipothymie, l'indice descend à $1/2$. On fait sans amélioration $1/4$ de milligramme d'ouabaine intra-veineuse. Mort dans le coma, à 15 h. 30.

OBSERVATION IV.

(Hôpital André-Boursier. Service du Professeur ANDÉRODIAS,
année 1929, n° 544.)

Présentation de l'épaule négligée. — Embryotomie aux ciseaux de Dubois. Rupture utérine. Hystérectomie subtotala immédiate.

II-pare à 23 ans. Sa première grossesse et son premier accouchement furent normaux.

Dernières règles, fin octobre.

Elle fut vue par son médecin pendant sa grossesse, qui aurait constaté une présentation normale.

Le début du travail a lieu le 25 juillet au matin; au cours d'un toucher, la poche des eaux se rompt, et aussitôt on constate une procidence du bras. Le médecin est appelé à 11 heures et ordonne son transfert à Bordeaux. Les difficultés de transport ne permettent d'effectuer celui-ci que dans la soirée; à ce moment on entend les bruits du cœur.

A son entrée, la malade paraît peu fatiguée : température $37^{\circ}2$ et pouls à 80. La malade ne peut supporter aucune tentative de palper : l'utérus est très sensible sur toute son étendue, et cette sensibilité est encore plus marquée sur le bord droit; cependant, on peut déterminer que la tête est dans la fosse iliaque droite.

L'examen des organes génitaux nous montre une vulve œdématisée, avec un bras gauche procident entièrement en dehors de la vulve. Ce bras est ecchymotique et couvert de phlyctènes.

Au toucher, l'excavation, remplie par le moignon de l'épaule, ne permet pas un examen plus approfondi. On décide une embryotomie à la cisaille, mais, ne trouvant pas cet instrument, on la fait aux ciseaux de Dubois. Le cou, très élevé, ne permet pas l'introduction du crochet, aussi sa section est-elle faite très lentement (trois quarts d'heure). Une fois la décapitation faite, l'extraction de la tête et du tronc est facile. La malade étant fatiguée, on fait 500 cc. de sérum artificiel et une piqûre d'huile camphrée. Vérification utérine immédiate. On constate sur le bord droit de l'utérus, au niveau du segment inférieur, le col étant intact, une déchirure qui paraît remonter assez haut, et par laquelle fait issue de l'épiploon.

Transéat immédiat dans le service du Professeur Guyot, où, trois quarts d'heure plus tard, sous éther, on fait une hystérectomie subtotale rapide.

Présence d'un peu de sang dans le ventre. Le segment inférieur est éclaté à sa partie droite sur toute sa hauteur, la rupture empiétant légèrement sur le corps. L'épiploon pénétrant par la brèche est réséqué. Mise en place d'un mikulicz; drainage vaginal et abdominal.

OBSERVATION V.

(Clinique d'accouchements de Bordeaux, année 1923, n° 282.)

Présentation de l'épaule. Césarienne haute suivie d'hystérectomie totale pour fibrome. Guérison.

Mme Marguerite C., de Pauillac, II-pare, âgée de 35 ans, est envoyée par son médecin pour présentation transversale.

Dans ses antécédents, on relève en 1915 une métrite hémorragique, qui a cédé à un curettage pratiqué par le Docteur Rabère.

Dernières règles du 3 au 5 septembre, mais celles du mois d'août avaient été très diminuées en quantité.

Pendant la durée de sa grossesse, elle a beaucoup souffert du ventre. A trois mois, le Docteur Rabère porte le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide. A l'entrée, on constate que le fœtus est en position transversale : tête à droite, siège à gauche, dos en bas. Cette présentation est facilement réductible, mais elle se reproduit constamment.

Au toucher, le col est déhiscent, les membranes sont tendues et rugueuses. Le toucher intracervical décèle un épaississement de la paroi postérieure du segment inférieur, qui se présente sous forme d'une muraille de 3 à 4 centimètres d'épaisseur. On délimite ainsi une masse en croissant avec son maximum d'épaisseur en arrière et plus étendue à gauche qu'à droite.

La malade commence à souffrir le 9 mai vers midi. Le fœtus est en position transversale. Le 10, le col s'ouvre sans s'effacer; la poche des eaux, aplatie d'arrière en avant, s'insinue dans l'orifice.

Le 11 au matin, *statu quo*, la femme est fatiguée, sa température est à 37°7. Vu la lenteur du travail, on décide d'intervenir par voie haute. Opération césarienne à 17 heures. Incision prudente de l'utérus, dont la paroi antérieure est extrêmement amincie; l'œuf s'ouvre, laissant échapper un flot de liquide clair. Extraction d'une fille qui crie aussitôt. On referme provisoirement l'incision à l'aide de trois pinces de Museux, pendant que l'on fait l'inspection de l'utérus et du pelvis. On remarque alors que le péritoine du Douglas est très épais et très vascularisé. Il n'existe pas de fibrome isolable, mais un épaississement considérable de la paroi postérieure. On décide sur ces signes l'hystérectomie totale, qui est faite sans incident par les docteurs Lacouture et Marc Rivière.

Suites normales.

Sortie guérie le 2 juin 1923.

OBSERVATION .VI.

(Clinique d'accouchements de Bordeaux, année 1931, n° 759.)

Présentation de l'épaule négligée dans un bassin rétréci. Césarienne basse. Enfant vivant. Guérison.

I-pare, âgée de 31 ans, rachitique, *minus habens*. Dernières règles du 3 au 7 janvier 1931. Le médecin appelé le 12 octobre, à 18 heures, par la sage-femme tente vainement de faire la version podalique. La femme entre alors à la Maternité à 21 h. 30.

A l'arrivée, on constate un utérus complètement couché sur le côté droit en état de contracture, mais sans menace de rupture. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur. La tête paraît à gauche dans le flanc.

Au toucher, on tombe sur le coude replié dans le vagin qui gêne pour mesurer le bassin, cependant celui-ci paraît canaliculé et sensiblement rétréci. En raison du bassin rétréci, du temps passé depuis la rupture des membranes, de la contracture utérine on décide d'intervenir par voie abdominale. A 22 h. 30, intervention. Rachianesthésie à la syncaïne. Laparotomie : on tombe aussitôt sur l'utérus en dextrotorsion accentuée, montrant ses annexes gauches, on réussit cependant l'incision du segment inférieur. Comme on a quelques difficultés pour extraire l'enfant, on prolonge l'incision sur le corps utérin et on a un enfant de 3 kg. 200. Il est couvert de méconium, étonné, mais facilement ranimé.

Suture du segment inférieur et de la partie inférieure du corps en deux plans au catgut (points séparés et surjet), péritonisation, fixation haute de la vessie jusqu'à la partie supérieure de l'incision. Suture de la paroi en un plan.

Suites opératoires très simples, aucune suppuration pariétale.

Sort guérie le 2 novembre 1931.

OBSERVATION VII.

(PÉRY, et MANGÉ, Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux du 10 mars 1931, in *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, année 1931, p. 572.)

*Hystérectomie en bloc pour présentation de l'épaule négligée
et embryotomie impossible.*

Il s'agit comme presque toujours en pareil cas d'une grande multipare (VIII) ayant toujours jusque-là accouché toute seule. La sage-femme appelée constate une poche d'eau volumineuse avec une dilatation complète, rompt la poche et ne pouvant pas bien définir la présentation, attend. Elle attend ainsi, on se demande pourquoi, de 14 à 20 heures, bien qu'entre temps le bras gauche tombant hors de la vulve en même temps qu'une longue anse du cordon ait dû tout de même la fixer sur la nature de la présentation.

Enfin, elle se décide à faire prévenir un confrère qui, très sagement, juge qu'il est beaucoup trop tard pour essayer une version et amène lui-même la malade à la Maternité où nous la voyons à minuit.

L'état général n'est pas mauvais : pouls rapide mais bien frappé, température un peu au-dessus de 37 degrés. Il n'existe aucun signe de rupture utérine, mais l'utérus est fortement rétracté. Auscultation négative. Le bras gauche fait saillie par les organes génitaux jusqu'au pli du coude, une anse du cordon non pulsant l'accompagne.

Toucher : Dilatation complète, l'épaule commence à s'engager; on arrive difficilement sur le cou qui est presque vertical; on atteint à droite la cage thoracique, le dos est en avant, surplombant la symphyse pubienne.

Nous essayons vainement de passer autour du cou le crochet de l'embryotome d'Adamo-Fieux. Il nous est impossible de placer la lame tranchante. Nous avons recours aux ciseaux de Dubois, mais ne disposant pas du modèle courbe sur le plat nous ne pouvons

qu'attaquer très superficiellement le bord gauche du cou sans arriver même à effleurer la colonne vertébrale. Nous cherchons alors à pratiquer une éviscération. Après une désarticulation du bras, nous ouvrons le thorax et l'abdomen que nous vidons partiellement de leur contenu. Mais après avoir sectionné quelques côtes, nous constatons l'impossibilité d'atteindre la colonne vertébrale placée au-dessus du pubis. Nous arrêtons alors ces essais déjà trop longs, d'autant plus que la malade commence à saigner et que nous craignons, sans pouvoir nous en assurer, que le segment inférieur, largement tirailé pendant ces essais infructueux, ne présente quelque brèche.

Le docteur Mangé prévenu, nous décidons avec lui de pratiquer une hystérectomie en vase clos, sans ouverture préalable de l'utérus. L'opération, primitivement, devait être subtotal, mais au moment de tracer le lambeau péritonéal postérieur on s'aperçoit qu'il existe une assez large brèche du segment inférieur en arrière, se prolongeant sur la lèvre postérieure du col. La section utérine porte donc en bas, sans qu'il soit possible sur cet utérus ramolli et étiré de dire exactement si elle est faite en tissu cervical ou segmentaire. Mikulicz. La malade, qui a très bien supporté l'opération, reçoit du sérum intraveineux et est réchauffée.

Les suites opératoires furent satisfaisantes malgré une poussée de bronchite. Actuellement, malgré que la toux et la suppuration aient amené une désunion de la paroi, la malade va bien, et il est permis de dire que la partie est gagnée.

OBSERVATION VIII. (Résumée.)

(PERRIGAULT et LAUMONNIER, *Concours médical*, 1884, p. 537,
in Thèse LEMOUSSU.)

22 ans, I-pare.

22 juin 1884. A 7 heures du matin, début du travail; à midi, rupture des membranes.

Sage-femme appelée à 7 h. 30, bras procident, envoie chercher le docteur Perrigault qui arrive à 10 heures et réduit la proci-

dence du bras. Presque immédiatement, procidence du cordon. De 1 heure du matin à 4 heures, 2 grammes de seigle ergoté en deux piqûres. A 4 heures, on peut introduire dans l'utérus la main qui est douloureusement serrée. Méconium. Pulsations du cordon de plus en plus faibles. Tentatives répétées et infructueuses de version. Mort du fœtus. Essais d'embryotomie. Tractions prolongées mais infructueuses (l'épaule droite de l'enfant rendant la tête difficilement accessible). Il est 7 heures du matin, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début du travail, dix-neuf heures après la rupture des membranes après tentatives infructueuses de version et d'embryotomie, l'opération césarienne est décidée.

Chloroformisation à 9 heures du matin. Incision de la ligne blanche sur une hauteur de 15 centimètres. Incision de l'utérus en place sur une hauteur de 12 centimètres environ. Hémorragie assez abondante, on tamponne. L'enfant est extrait par la plaie utérine, il pèse 4 kilos. Le décollement du placenta se fait sans encombre.

Quatre sutures simples avec fil de soie ciré, distantes l'une de l'autre de 3 centimètres, en laissant à la commissure inférieure le passage nécessaire pour une sonde en gomme n° 10 filière Charrière qui mettra en communication la cavité utérine avec l'extérieur, ce qui permettra de faire des injections utérines qui sortiront par le vagin. On éponge, on enlève quelques caillots et après avoir rendu aussi exsangue que possible la cavité péritonéale, on procède à la suture de la paroi abdominale : 4 points équidistants avec fil de soie ciré, pansement. Immédiatement, après l'opération, poulx petit, précipité, à 140 mais net.

Dans les jours qui suivent, le poulx descend progressivement à 120, 100, 95, 85.

Le 25 et le 26, injection par la sonde.

Cinq jours après l'opération, on enlève la sonde. Suintement sanieux par l'angle inférieur de la plaie. Dans les dix jours qui suivent, la fistule abdominale a donné issue à une très faible quantité de pus. Régression classique de l'utérus.

Du 1^{er} au 14 juillet, injection utérine d'eau chlorurée ou phéniquée matin et soir.

9 juillet : La fistule est complètement fermée.

14 juillet : L'examen du bassin est pratiqué et donne 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur.

18 juillet : Etat satisfaisant, la femme se lève et marche.

OBSERVATION IX.

(M. L. PORTES, in Thèse SCEMLA, Clinique Baudelocque, obs. 532, année 1924.)

Extériorisation temporaire de l'utérus par le procédé de M. Portes.

Mme D..., âgée de 32 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 9 avril 1924, au cours de sa sixième gestation.

Il n'y a rien à retenir dans ses antécédents si ce n'est que sa première gestation s'est terminée en 1908 par l'accouchement spontané à terme d'un enfant vivant qui mourut de rougeole à 2 ans.

La deuxième gestation se termina en 1919 par l'accouchement prématuré (7 mois) spontané d'un enfant mort. Délivrance artificielle.

La troisième gestation se termina en 1920 par un avortement au quatrième mois.

La quatrième gestation se termina en 1921 par l'accouchement à huit mois et demi d'un enfant mort se présentant par le siège. Délivrance artificielle.

La cinquième gestation se termina en 1922 à la Clinique Baudelocque. Il s'agissait d'une présentation transversale avec rupture prématurée des membranes onze heures avant le début du travail. La dilatation se complète en trente-neuf heures après la pose d'un ballon intra-utérin. Version par manœuvres internes suivies d'extraction. L'enfant, du poids de 3 kg. 070, né en état de mort apparente, ne peut être ranimé. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.

La gestation actuelle est à terme. Dernières règles du 20 au 22 juillet 1923. Elle a évolué normalement.

A l'entrée on constate : Hauteur de l'utérus, 37 centimètres. Malformations utérines. Fœtus en présentation transversale irréductible. Dos en avant, tête dans l'hypocondre droit. Siège élevé dans la fosse iliaque gauche. Bruits du cœur perçus. Au toucher, le col est en bonne place, souple, entr'ouvert. Le bassin paraît normal.

Le 14 avril, à 18 heures, rupture prématurée des membranes. Issue abondante de liquide opalescent. Apparition de contractions utérines, rares et peu intenses. Toutes les tentatives de verticalisation du fœtus ont échoué. Mise en place d'un ballon intra-utérin. Pour mettre le ballon, on éprouve des difficultés du fait de la résistance de l'orifice utérin. Mise en place d'un ballon de 250 cc.

A 23 heures, malgré les contractions utérines répétées, il n'y a aucun progrès de dilatation. Les bruits du cœur sont encore bons. Température, 38°5. Pouls, 90.

Intervention. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus qui apparaît nettement malformé (type cordiforme). Fermeture immédiate de la paroi, au-dessus de l'utérus, en un plan au bronze. Hystérotomie. Extraction de l'enfant vivant. Délivrance relativement difficile du fait d'adhérences du placenta. Fermeture de l'utérus par 8 soies totales, n'intéressant pas la muqueuse. Surjet d'enfouissement séro-séreux au catgut. L'utérus revient mal sur lui-même. Injection d'ergotine. Pansement au sérum chaud. A la fin de l'intervention, le pouls est à 144. L'utérus continue à saigner. Nouvelle injection d'ergotine, l'hémorragie cesse.

Les suites opératoires immédiates sont normales, mais le 21 juin, après désunion du surjet séro-séreux qui a cédé dès le quatrième jour, commence la désunion de sa partie moyenne.

On enlève 3 soies. Les jours suivants, du 22 au 26 juin, la plaie utérine prend un caractère très sphacélique et se désunit totalement. En même temps, la température oscille entre 38 et 39 degrés. A partir du moment où la suture est totalement désunie et sous l'influence des pansements à la bouillie lactique, la température tombe et la plaie se déterge.

Le 7 mai, une phlegmatia alba dolens s'installe à droite.

Le 15 mai, infarctus pulmonaire avec crachats hémoptoïques.

Le 17 mai, apparition d'une phlegmatia à gauche.

Le 26 mai, la régression utérine étant très avancée et l'utérus étant propre, on décide de le fermer.

Deuxième intervention. — Excision au cours d'un pansement et sous anesthésie des bords libres de la plaie. Réunion des deux lèvres par des soies n'intéressant pas la muqueuse.

Le 31 mai, ablation de 2 soies.

Le 2 juin, ablation de 2 autres soies.

Le 10 juin, l'utérus étant absolument détergé, et alors qu'il n'y a plus trace de cicatrice à la surface de l'utérus, on décide sa réintégration.

Troisième intervention. — Anesthésie au chloroforme. Iodage de l'utérus et de la paroi. Ouverture de l'abdomen sur le côté gauche de l'ombilic. La cavité péritonéale est libre de toute adhérence. Un coup de ciseaux médian conduit sur la face postérieure du col utérin. Le doigt détruit facilement les adhérences utéro-pariétales à droite et à gauche jusqu'à la face postérieure des ligaments larges. Le doigt s'insinue enfin entre les bords supérieurs des ligaments et la paroi est libérée facilement des adhérences. Il n'est pas nécessaire de disséquer.

Fermeture de la paroi en un plan au bronze, après surjet péritonéal au catgut. Drainage par un drain et deux mèches.

Suites opératoires faciles. Ablation du drainage. La malade quitte l'hôpital en bon état le 30 juin. Elle ne souffre pas, mais il semble au toucher que, bien que le col ait gardé sa mobilité, le corps utérin est fixé par des adhérences lâches à la partie basse de la cicatrice abdominale.

L'enfant est vivant.

CONCLUSIONS

De cette étude rapide sur les différentes techniques opératoires employées, nous ne semblons pas pouvoir conclure d'emblée à l'avantage de l'une d'entre elles. Seul, un ensemble de symptômes et de circonstances peut nous faire préférer telle ou telle opération.

L'enfant est vivant. — Le traitement de choix est la version. Celle-ci est impossible : ne pas tenter l'embryotomie, mais recourir d'emblée à la voie haute. Comme ici, l'infection est minime, la césarienne basse semble toute désignée. L'hystérectomie complétant une césarienne haute ou basse n'interviendra que pour rupture utérine ou tumeur pelvienne.

L'enfant est mort. — La version n'est pas à rejeter, mais nous n'opérerons par voie haute que lorsque les tentatives d'embryotomie auront échoué.

Il y a infection manifeste et rupture utérine : faire une extirpation totale en vase clos avec drainage.

Quand il y a simplement infection localisée à l'appareil génital sans atteinte sérieuse de l'état général, l'opération de Portes peut donner de bons résultats.

Quant aux cas douteux, la limite entre la césarienne basse, l'opération de Portes et l'hystérectomie semble assez difficile à préciser.

D'une façon générale, il semble que tout le monde s'accorde à enlever l'utérus d'une accouchée pour rupture, tumeur ou grosse infection et à le conserver chez une parturiente ne pré-

sentant pas ou peu de température et susceptible d'avoir d'autres enfants.

En revanche, il est beaucoup plus difficile de déterminer si l'on doit être conservateur ou radical chez une femme jeune qui pourrait bénéficier d'une hystérectomie sans que celle-ci s'impose d'une façon formelle, tandis que, dans les mêmes circonstances, on enlèverait facilement l'utérus d'une multipare, à la fin de sa vie génitale. Seule une étude approfondie de l'état général, des circonstances et des complications possibles feront agir le chirurgien au mieux des intérêts de sa cliente.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER .

Le Président,

J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 mars 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNESSEN. — Case of transverse presentation of the child with
« miroed labor ». *Norsk. mag. f. Laegolsidensk Kristiania*,
1918, p. 530-532.
- ANTIFAGE. — Césarienne et hystérectomie pour présentation de
l'épaule. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, n° 4,
1921, p. 229.
- ASTÉRIADES. — Opération césarienne tardive. Drainage à la Mikulicz. *Gyn. et Obst.*, Paris, 1924, p. 515-518.
- AUBERT. — Opération césarienne transpéritonéale sur le segment
inférieur. *Rev. franç. gyn.*, 1921; *Gyn. et Obst.*, t. IV,
n° 5, p. 506.
- Technique de la césarienne basse. *Rev. franç. de gyn.*,
mars 1921.
- AUDEBERT. — Un point de technique de la césarienne supra-symphysaire. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930, p. 690.
- AUDEBERT et FOURNIER. — Réflexions sur une série d'opérations césariennes : trois conservatrices, cinq mutilatrices. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1923, p. 407.
- Un cas de césarienne tardive. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1908.
- BAR. — Thèse d'agrégation, 1886.
- La place de la section césarienne dans les interventions obstétricales. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1919, p. 49; *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, févr. 1919, p. 579.
- A quel moment pratiquer l'opération césarienne. *Soc. de méd. prat.*, déc. 1888.

- BERSON. — Deux observations de césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1924, p. 586.
- BOQUEL. — Sur l'opération césarienne d'urgence. *Annales de la Soc. d'obst. de Paris*, 1904.
- BUÉ. — Hystérectomie et hystérotomie en obstétrique.
- BRIGHT-BAUNISTER. — Cesarean section in infected cases. *Journal of obst. et gyn. du British. Empire*, 1921, n^{os} 3 et 4.
- COUVELAIRE. — Indications de la césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des bassins rétrécis. *Gyn. et Obst.*, t. IV, n^o 4, p. 512.
- La pratique des accouchements. Indications de la césarienne. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, févr. 1925.
- COLES. — Transverse position of the child... *As. Med. Philadelphie*, 1903, t. V, p. 18-20.
- DOLÉRIS. — Rapport au Congrès de Saint-Pétersbourg. *Gynécologie*, févr. 1901.
- DUFOUR. — Contribution à l'étude des présentations de l'épaule. Thèse Paris, 1899-1900.
- DUMAS. — Thèse Paris, 1857.
- ENGELHARD. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. Thèse Paris, 1926.
- FAYRE et BOURRET. — Césarienne pour présentation de l'épaule. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1914, p. 194.
- GALL. — Contributions à l'étude de l'histoire de la césarienne. *Gyn. et Obst.*, 1923.
- GAULARD et BUC. — L'hystérectomie.
- GAYLER (W.-C.). — Présentation de l'épaule. *Missouri State med. Association Journ.*, sept. 1926, p. 331.
- GUENIOT (P.). — L'opération césarienne avec ou sans hystérectomie dans la présentation de l'épaule. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1927, n^o 22, p. 223-237.
- GUENIOT. — L'opération césarienne prophylactique de dystocie par présentation de l'épaule. *Bull. de méd. de Paris*, 24 oct. 1928, 42, p. 1135-1137.

GROSSE. — Opération césarienne conservatrice tardive, ses indications actuelles. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*

HENROTAY. — Indications des hystérectomies abdominales pendant le travail en dehors des angusties pelviennes. *Gyn. et Obst.*, 1921, t. IV, n° 4.

HOUEL et JAHIER. — Césarienne basse pour présentation de l'épaule négligée. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, nov. 1928, 17, p. 841.

JEANNIN (Cyrille). — Comment convient-il de poser actuellement les indications de l'opération césarienne conservatrice ? *Progrès médical*, 17 déc. 1910.

— Les méthodes atypiques de césarienne. Rapport à la Soc. d'obst. de France, 1909.

JULIEN. — Présentation de l'épaule. *Gaz. méd. de Picardie*, 1900.

KEHRER (F.). — De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées. Congrès périod. de gyn. et de pédiat., 1893-1896.

LANTUÉJOL. — Césarienne pour un cas de présentation de l'épaule négligée. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, n° 3, p. 170, année 1924.

LEMOUSSU. — La césarienne tardive. Thèse Paris, 1907-1908.

LEPAGE. — De l'opération césarienne tardive. *Bulletin médical*, 29 mars 1907.

MACI (O.). — Des présentations de l'épaule négligées. *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, 1902.

MACIAS DE TORRES. — L'hystérectomie en obstétrique. *Rev. España obst. et gyn.*, n° 123, mars 1926.

MOREL (Max). — A propos de la présentation de l'épaule négligée. *Bourgogne méd.*, n° 3, mars 1929.

MUGLIA (N.). — Sulla modalita di tecnica operativa ostetrica nei varii casi di presentazione di spalla trascurata. *Riv. ost. e gin. prat.*, oct. 1931, p. 13, 436.

MÜLLER. — Dystocies fœtales.

NAUDIÈRE. — Contribution à l'étude du traitement des présentations de l'épaule négligées. Thèse Paris, 1926.

- ORTENBERG. — Hystérectomie totale dans rupture utérine. *Zent. f. gyn.*, n° 26, juill. 1922.
- OULIÉ. — Césarienne vingt-quatre heures après la rupture de la poche des eaux. Soc. d'obst. et de gyn., 1925.
- OUSTRY. — Du moment de l'intervention dans l'opération césarienne. Thèse Toulouse, 1920.
- PÉRADOU. — Contribution à l'étude de la césarienne moderne. Thèse Paris, 1913.
- PERRIER. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. Thèse Strasbourg, 1924.
- PÉRY. — Dix cas de césariennes simples ou suivies d'hystérectomie. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1919, p. 286.
- PINARD. — Thèse d'agrégation, 1875.
- POTOCKI. — Y a-t-il lieu d'étendre les indications de l'opération césarienne ? *Clinique*, mars 1909.
- REEB (M.). — A propos du traitement des présentations de l'épaule négligées. Soc. d'obst. et de gyn. de Strasbourg, séance du 2 mai 1931.
- A propos des présentations de l'épaule négligées, clinique et thérapeutique. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, août 1931, 26, p. 417-425.
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RISACHER et LAFITTE. — Opération césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus et d'hystérectomie dans un cas de présentation de l'épaule négligée. Soc. d'obst. et de gyn., 9 nov. 1925.
- RUBIN. — Thèse Paris, 1930.
- SCHICKELÉ. — Les interventions chirurgicales au cours de l'accouchement. *Gyn. et Obst.*, janv. 1920, p. 19.
- SCEMLA. — Des indications des pelvitomies et de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. Thèse Paris, 1925.
- SCHUMANN. — Césarienne suivie d'hystérectomie. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, 1919, p. 744.
- VAILLANT. — Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule. Thèse Paris, 1898.

- VAN AUBEL. — Traitement des présentations de l'épaule irréductibles. *Ann. de l'Inst. chirurg. de Bruxelles*, 1896.
- VAUDESCAL. — Discussion de l'opération de Portes. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, déc. 1924.
- VINOT (R.). — La césarienne dans la présentation de l'épaule. Thèse Paris, 1930.
- VULPELLE. — Conduite à tenir dans les dystocies dues aux épaules. Thèse Paris, 1891.
- WILHELM. — Les hystérectomies vaginales en obstétrique. Thèse Paris, 1913.
- ZARRATE. — La césarienne tardive. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, août 1914.



